



ふりがな \_\_\_\_\_

男性 ・ 女性 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

お名前 \_\_\_\_\_

ご自宅  
電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H・R 年 月 日  
〒 \_\_\_\_\_

携帯電話  
電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？具体的に記入して下さい。

>いつから？

\_\_\_\_\_

>きっかけは？

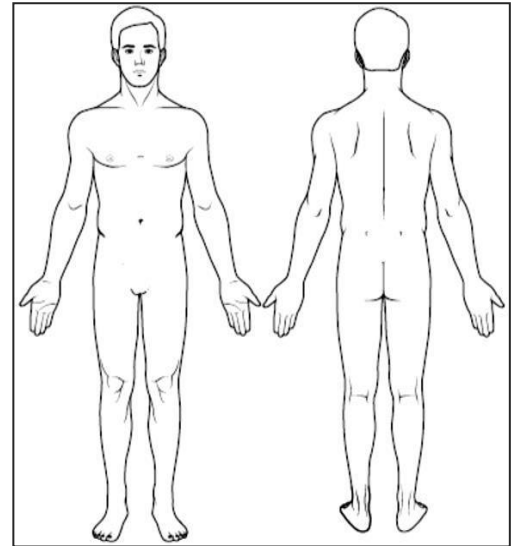
\_\_\_\_\_

>どこが？

\_\_\_\_\_

>どのように？

\_\_\_\_\_



《 症状のある部分に○をつけてください 》

2. 上記は、交通事故によるものですか？

はい いいえ

3. 現在、他院で治療中のご病気はございますか？

いいえ

はい → 高血圧 糖尿病 心臓病 リウマチ その他 ( )

4. 現在、服薬中のお薬はございますか？

いいえ はい → お薬手帳をお出し下さい

{ \_\_\_\_\_ }

5. 手術を受けて体の中に金属やペースメーカーなどが入っていますか？

入っていない 入っている

6. 今までにお薬や注射（麻酔・造影剤など）、食物などでアレルギー症状や体調不良はございましたか？

いいえ はい {原因・症状など

} \_\_\_\_\_

7. 医師等にご要望がございましたら、ご記入をお願いします。

{ \_\_\_\_\_ }

※ご興味のある検査や自由診療はございますか？

{ 骨密度測定 マンモグラフィ検査 血管年齢測定  
オープンMRI 各種ビタミン点滴 }